TITRES

ET

PUBLICATIONS

DU

Docteur René FRŒLICH

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CANDIDAT A L'AGRÉGATION (SECTION DE CHIRURGIE) POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE NANCY

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1892

TITRES

Externe des hôpitaux (concours), 1887

Aide d'anatomie (concours), 1888

Interne des hôpitaux (concours), 1889

Chef de clinique chirurgicale (concours), 1890

Docteur en médecine (29 janvier 1891)

RÉCOMPENSES

Mention honorable au concours de fin d'année (chirurgie et accouchement) 1889

Mention honorable au concours de l'internat, 1890

Prix de thèse : 1891

PUBLICATIONS

1. — Destruction totale de l'urèthre chez la femme. — Causes et traitement. Thèse de Nancy.

La destruction totale de l'urèthre chez la femme n'est pas une affection absolument rare. En additionnant tous les cas publiés depuis 1849, nous sommes arrivé à un total de 53 observations. Malgré ce nombre relativement considérable, c'est à peine si les traités spéciaux font mention de cette lésion, et il n'existe aucune monographie qui ait trait à cette affection.

C'est ce qui nous a déterminé à rassembler tous les matériaux épars dans les auteurs, à y ajouter une observation personnelle et à étudier dans un travail d'ensemble les causes capables d'amener la destruction totale de l'urèthre et les moyens proposés et employés pour le restaurer, ou au moins pour rétablir une miction volontaire.

Et tout d'abord qu'entendons-nous par destruction totale de l'urèthre ? C'est la déchirure ou la disparition le plus souvent traumatique et inflammatoire de l'appareil sphinctérien uréthro-vésical ; l'urèthre et le col sont simplement sectionnés, ou bien toute leur moitié inférieure est détruite en entier.

Causes de la destruction de l'urèthre. — Parmi les causes de la destruction de l'urèthre, les plus nombreuses sont celles qui résultent d'un traumatisme obstétrical. — Ce dernier a revêtu les formes les plus variées : c'est d'abord l'écrasement du canal entre la symphyse et la tête du fœtus, la vessie remplie étant remontée dans l'abdomen.

Les parties comprimées se mortifient consécutivement (Lawson Tait).

Puis le forceps; ce dernier agit quelquefois d'une façon particulière : dans les tentatives d'extraction, rotation ou traction, la paroi postérieure du canal uréthral peut faire hernie dans la portion évidée de la cuiller ; et celle-ci en frottant contre la symphyse arrachera

le canal. Le canal n'est pas le plus souvent détaché complètement, il reste adhérent par un pédicule assez ténu au méat urinaire, (Houzel et Pozzi).

Il existe des cas, et ils sont assez nombreux, où la paroi postérieure de l'urèthre a été arrachée par un autre mécanisme, et est restée adhérente au col vésical par une large base (Werth, Freund). On rencontre ces lésions à la suite d'un travail qui n'a pas été très pénible et qui n'a nécessité aucune intervention par les fers. L'explication du mode de production de cette lésion serait la suivante, d'après Werth. La vessie n'a pas été vidée pendant l'accouchement ; la tête de l'enfant descend, refoule devant elle la paroi supérieure du vagin, paroi supérieure qui glisse sur la vessie sans l'entraîner; mais au niveau de l'urèthre, ce glissement ne peut plus se faire, la paroi supérieure du vagin et la paroi supérieure de l'urèthre sont intimement unies, et si la tête continue à avancer, elle séparera la paroi uréthro-vaginale inférieure d'avec la paroi supérieure du canal. Mais, toujours suivant Werth et Freund, il s'agirait de femmes syphilitiques, chez lesquelles le tissu qui borde l'urèthre serait particulièrement friable par suite de localisations spécifiques récentes.

Une dernière cause de destruction de l'urèthre à l'occasion d'un accouchement, a été signalée par de Sayre ; il s'agit plutôt d'une plaie chirurgicale, mais faite dans des conditions particulières : persistance de l'hymen, rapports sexuels par l'urèthre largement dilaté, grossesse. — Pendant le travail, la tête de l'enfant coiffée par la paroi postérieure de la vessie retournée en doigt de gant vint butter contre la cloison uréthro-vaginale tendue comme une bride à travers le vagin ; un médecin, prenant l'urèthre pour le vagin, la cloison uréthro-vaginale pour une bride, les sectionna, c'est-à-dire fendit la paroi postérieure de l'urèthre et le col vésical d'un bout à l'autre.

Ces causes obstétricales de destruction de l'urèthre sont les plus intéressantes, peut-être les plus nombreuses, mais elles ne sont pas uniques : et nous avons pu citer des observations de destruction d'origine inflammatoire (syphilis, tuberculose, diphtérie) et néoplasiques, (éléphantiasis, cancer).

Plusieurs observations montrent le canal uréthral détruit par un gros calcul vésical. Ce dernier a pénétré petit à petit dans l'urèthre, l'a dilaté jusqu'au méat qui résiste ; il y élit domicile et finalement ulcère et perfore la paroi uréthro-vaginale. (Cazin, Schatz, Sinclair.)

En dehors de l'accouchement, l'urèthre a été détruit par un traumatisme banal, un coup sur le périnée (Hussey), une chute à califourchon sur une rampe d'escalier (Borakowski), une tentative brutale de coït

(Bandl), une intervention chirurgicale telle que l'extraction forcée d'un calcul vésical (Heydenreich), une taille uréthro-vésicale (Riedel).

Nous en aurons fini avec cette énumération quand nous aurons cité des mutilations religieuses (Lapin); et enfin pour être complet des absences congénitales de la paroi inférieure de l'urèthre. (Lucke, Emmet, Werth).

Signes cliniques et anatomiques de la lésion. — Quelle que soit la cause de la lésion, les signes sont identiques. Les symptômes cliniques sont l'incontinence et ses conséquences, nous n'insistons pas.

L'aspect anatomique est spécial : nous avons été frappé de la similitude des lésions, qu'elles soient dues à un traumatisme obstétrical, à des ulcérations, à l'extraction forcée d'un calcul, à l'hypospadias.

Sous la symphyse à l'endroit où l'on devrait rencontrer le méat, on aperçoit une petite échancrure bordée des deux côtés par un petit tubercule charnu. En plaçant la pulpe de l'index dans l'échancrure et en le glissant en arrière et en haut, on sent qu'une gouttière la continue; cette gouttière va en s'élargissant et aboutit à un orifice de dimension variable, qui n'est autre que l'orifice vésical. La muqueuse vésicale y fait souvent hernie et l'urine suinte goutte à goutte entre la muqueuse et les bords de la fistule. Des deux côtés de la gouttière, s'étendent deux bourrelets longitudinaux, plus ou moins élevés, qui divergent d'avant en arrière pour venir se terminer sur les côtés de l'orifice vésical.

La gouttière est la paroi supérieure de l'urèthre, les bourrelets latéraux sont les restes de la paroi inférieure. La gouttière, ainsi que les bourrelets, sont quelquefois coupés dans tous les sens par des bandes cicatricielles. La muqueuse du vagin peut être saine; ou bien présenter par place un parquetage cicatriciel. Dans les cas anciens, produits par un traumatisme compliqué d'inflammation, cet aspect est très modifié, le vagin est rétréci, et les cicatrices adhèrent aux os, à la symphyse, au pubis.

Traitement.

Si l'on se reporte à la description que nous venons de donner, on voit que la paroi inférieure de l'urèthre seule a disparu, et avec elle la demi circonférence inférieure des fibres sphinctériennes qu'elle renferme. Leur demi circonférence supérieure persiste, plus ou moins

altérée quelquefois, mais jamais elle n'est détruite. Le problème thérapeutique peut donc se résumer ainsi : *Remplacer ou restaurer la paroi inférieure de l'urèthre de manière à reconstituer un canal complet, musculaire, capable de retenir les urines.* Ou bien renoncer à cette restauration, se passer du sphincter uréthro-vésical et *essayer d'obtenir la rétention par un autre moyen, en créant par exemple, une voie artificielle au cours des urines,* voie artificielle qui pourra être mise sous le contrôle de la volonté des malades.

Nous avons donc laissé complétement de côté tous les traitements palliatifs, les pessaires de Dumontpallier, de Schatz, l'urinal, etc. Tous ces moyens ne donnent que des résultats précaires, insuffisants.

Les méthodes opératoires qui ont été employées pour réparer la paroi postérieure de l'urèthre sont excessivement nombreuses, malgré leur diversité, nous avons pu les classer de la façon suivante :

A. — OPÉRATIONS QUI RESTAURENT UN CANAL NORMAL

1) *Restaurer la paroi inférieure de l'urèthre avec ses débris,* opérations de Freund, de Schrœder, de Pozzi, par avivement et suture des bords de la déchirure; ou bien par remise en place du septum uréthro-vaginal détaché, que ce dernier ait son pédicule au méat ou au pourtour de l'orifice vésical.

2) *Remplacer la paroi inférieure du canal par des lambeaux pris sur le vagin :* procédés de Lawson Tait, d'Emmet, de Lucke.

3) *Remplacer la paroi inférieure par un lambeau vésico-vaginal.* — Opérations de Schrœder, Heydenreich, de Freund.

4) *Remplacer cette paroi par les petites lèvres.* — Fritsch, Polaillon.

B. — OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON SE PASSE DU SPHINCTER URÉTHRO-VÉSICAL SANS SACRIFIER LE VAGIN.

5) *Fermer complètement la vessie du côté du vagin et créer pour l'urine une fistule hypogastrique* (Rutenberg, Werth) ; ou bien une fistule sous-pubienne (Emmet, Baker).

C. — OPÉRATIONS QUI SACRIFIENT LE VAGIN.

6) *Fermer le vagin et établir une fistule recto-vaginale* : Jobert de Lamballe, Rose ; ou bien *colpocleisis spécial* de H. Kidd.

Tous ces procédés ont donné des succès comme le prouvent les observations que nous avons reproduites. Ils ont des indications spéciales que nous avons essayé d'établir dans notre travail.

La restauration directe par avivement des bords de la gouttière uréthrale, ou du lambeau uréthro-vaginal convient aux cas dans lesquels la lésion a été produite par un traumatisme rapide qui n'a été suivi d'aucune inflammation gangréneuse, au contraire, quand les bords de la gouttière ont disparu, ou sont atrophiés, on utilisera un lambeau vaginal si le vagin est sain, sinon on pourra se servir d'un lambeau pris sur une des petites lèvres.

Souvent ces deux méthodes sont avantageusement remplacées par l'autoplastie au moyen d'un lambeau rectangulaire taillé dans la cloison vésico-vaginale ; le pédicule est postérieur et la portion libre, antérieure. — Le lambeau est attiré en avant sous la gouttière uréthrale avivée et fixé par des points de suture.

Tous ces procédés s'adressent à des cas où il est possible de rétablir l'appareil urinaire dans son ensemble, et de créer un état tout semblable à l'état normal, mais lorsque la gouttière uréthrale a disparu, lorsque la portion antérieure et supérieure du vagin est traversée par de fortes bandes cicatricielles, adhérentes aux os, lorsque le vagin lui-même est fortement endommagé, on devra abandonner l'espoir de rétablir l'état normal. On fermera la vessie du côté du vagin, après l'avoir fait communiquer avec l'extérieur par une fistule pratiquée immédiatement sous la symphyse (procédé de Baker-Brown qui a donné de nombreux succès); plutôt que par une fistule hypogastrique (procédé de Rütenberg et Werth, un seul cas terminé par la mort).

Enfin, si le vagin est retréci, cicatriciel, que toute autoplastie semble impossible; on pourra à l'exemple de H. Kidd, faire un colpocleisis spécial, diminuer encore de calibre la portion antérieure du vagin pour lui faire jouer le rôle d'urèthre, tandisque sa partie profonde communique largement avec la vessie.

Le procédé de dérivation des urines vers le rectum (colpocleisis et fistule vagino-rectale) malgré de rares succès (Fritsch, Rose), ne semble pas devoir être recommandé, ses dangers ressortent de l'observation de Brœse, où il fallut détruire de nouveau l'occlusion du vagin, à cause de la pénétration des matières fécales.

Résultat fonctionnel des divers procédés autoplastiques qui restaurent un canal soi-disant normal. — Le résultat morphologique est toujours parfait ; le résultat fonctionnel est souvent tout aussi satisfaisant, l'incontinence disparaît. Que l'urèthre avec le col de la vessie simplement sectionnés reprennent leur fonction après la suture de la plaie, il n'est rien là que de naturel. Il en est autrement quand le résultat est toutaussi satisfaisant avec un lambeau vaginal ou un lambeau pris sur les petites lèvres.

On a donné de ce fait des explications physiologiques et des explications mécaniques.

Des auteurs sérieux tels que Fritsch et Lucke ont pensé que la paroi supérieure de l'urèthre et avec elle la demi-circonférence supérieure des fibres sphinctériennes persistant toujours, il n'y avait rien d'invraisemblable à admettre que ces fibres continuent à agir après l'opération ; le lambeau vaginal, le lambeau des petites lèvres que l'on suture sous cette paroi supérieure est une pièce intermédiaire rigide, inerte, sur les bords de laquelle vont s'insérer les fibres sphinctériennes qui en se contractant ferment la lumière du nouveau canal et amènent la rétention.

A côté de cette explication physiologique, il en est une autre plus simple, toute mécanique. Le nouveau canal est long, étroit, composé en partie de tissu de cicatrice qui le rétrécit ; de plus il est souvent coudé. — L'urine s'accumule dans la vessie, mais ne peut s'écouler à l'extérieur à cause de l'étroitesse du canal, et de l'accolement de ses parois; mais lorsque intervient la volonté en faisant agir la pression abdominale, l'accollement des parois du canal est forcée et la miction se fait. Cette explication semble la plus rationnelle.

Le canal, pour remplir son but doit être long, étroit et coudé. Lorsque l'urèthre autoplastique n'a pas ces qualités, on peut les lui donner par l'opération de Pawlik qui consiste à exciser en fer à cheval le tissu tout autour de l'urèthre ; le méat se trouve dans la concavité du fer à cheval ; puis on suture les bords de la plaie ainsi faite ; le canal est rétréci après cette intervention, il est attiré vers le clitoris et coudé autour du ligament uro-génital.

Si malgré cette intervention la rétention ne devait pas être obtenue, on pourrait employer un appareil spécial, le compresseur de Trélat dont nous donnons la description ; et qui permet d'ouvrir l'urèthre ou de le fermer grâce à un ingénieux mécanisme mais c'est là une ressource ultime, à laquelle on sera bien rarement acculé.

II. — **Aiguille à suture pour les fistules vésico-vaginales.** *Société de médecine de Nancy*, 24 juillet 1889.

Cette aiguille se compose d'une tige métallique pleine, longue de 15 centimètres et montée sur un manche nickelé. Cette tige métallique est recourbée à sa partie supérieure, la courbure appartient à une circonférence de petit rayon. La portion coudée est tubulée sur une longueur de 5 à 10 millimètres depuis la pointe de l'aiguille jusqu'à un orifice situé sur la convexité de la courbure. Pour se servir de l'instrument, on introduit le fil d'argent dans la tubulure par la pointe et on le pousse jusqu'à ce que son extrémité apparaisse à l'orifice postérieur; à ce moment, on recourbe la totalité du fil pardessus la convexité de l'aiguille.

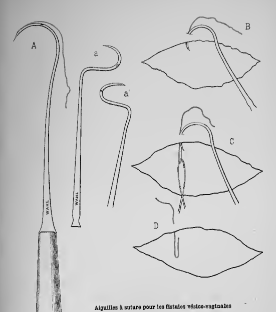
Ainsi préparée, l'aiguille est passée à travers une des lèvres de la fistule, l'anse du fil, qui apparaît en même temps que la pointe de l'aiguille, est saisie avec une pince ou un crochet et l'instrument est retiré; une certaine longueur de fil est attirée jusqu'à l'extérieur du vagin au besoin, montée de nouveau sur l'aiguille comme il vient d'être dit, pour être introduite dans la lèvre opposée de la fistule.

L'indication réelle de l'emploi de cet instrument est restreinte aux cas où la fistule est profondément située, difficile à attirer à cause des adhérences cicatricielles qui fixent la cloison vésico-vaginale dans la profondeur; enfin lorsque les lèvres de la fistule sont épaisses ou écartées au point qu'il est impossible de les traverser en une seule fois avec une aiguille ordinaire ou une aiguille chasse-fil.

III. — **Deux fractures spontanées chez un paralytique général.** *Revue médicale de l'Est*, 15 septembre 1890.

Un paralytique général tout à fait au début de son affection soulève une pelletée de terre, il entend un craquement dans son bras droit mais continue son travail. L'avant-bras gonfle dans la nuit, il vient à la consultation, il existait une fracture du radius.

Trois semaines à peine après cet accident, en soulevant un panier de houille avec le bras gauche, il entend de nouveau un craquement,



Aiguilles à suture pour les fistules vésico-vaginales

A. Aiguille à courbure simple, enfilée.

a) et *a'*) Aiguilles à courbure analogue à celle de l'aiguille de Deschamps

B. Aiguille montée qui a traversé une des lèvres de la fistule.

C. L'anse du fil est attirée avec une pince tire-balle.

D. L'aiguille est dégagée, et l'anse du fil est prête à être enfilée de nouveau, pour traverser la lèvre opposée de la fistule.

N. B. Nous remercions vivement notre camarade le Dr Collin, qui a bien voulu se charger de l'exécution de ces dessins.

pas de douleur ; gonflement du bras,il s'était produit une fracture du radius au même point qu'à droite,c'est-à-dire au tiers moyen.

Ce que nous avons essayé de faire ressortir c'est :

1) La période précoce de la paralysie générale.

2) Le faible traumatisme nécessaire à cette fracture.

3) La rapidité de la consolidation.

4) L'indolence absolue de la fracture.

IV. — Un cas d'anesthésie hypnotique pour une opération chirurgicale. *Revue médicale de l'Est*, 14 mars 1890.

Ouverture et raclage d'un abcès consécutif à une coxo-tuberculose, pendant le sommeil hypnotique, sur une personne de 19 ans.

Un fait intéressant à noter c'est que dans le cours de l'opération,un filet du nerf crural ayant été écrasé par une pince à forcipressure,la malade eut une secousse réflexe, mais ne se réveilla pas.

Les réflexes ne sont donc nullement abolis pendant l'anesthésie hypnotique comme ils le sont pendant l'anesthésie chloroformique.

V. — Un cas d'ostéomyélite aigue : infection de l'organisme par le staphylocoque doré (en collaboration avec M. Haushalter, prof. agrégé) *Revue médicale de l'Est*, 1890, p. 12.

C'est l'histoire d'une ostéomyélite aigüe des adolescents survenue chez une petite fille de treize ans, localisée au niveau du bulbe inférieur du tibia, et suivie d'une infection généralisée à staphylocoques. La mort survint dans le deuxième septennaire au milieu de symptômes typhoïdes. Outre les lésions locales, suppuration sous-périostée, intra-médullaire, et intra-articulaire, nous avons trouvé dans le organes internes les lésions banales des infections graves, et dans ces organes en culture pure des staphylocoques dorés. Ces cultures du microbe injectées ont produit chez le lapin, suivant l'âge du virus, suivant sa voie d'inoculation (sang ou tissu cellulaire) suivant certaines conditions spéciales (traumatismes) des septicémies suraiguës sans lésions apparentes, des septicémies avec lésions viscérales ou avec abcès, des abcès sans septicémie, reproduisant les types d'infection qu'on observe en clinique.

VI. — Contribution à l'étiologie du goître. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1891.

C'est le résumé des observations que nous avons pu faire pendant un séjour de trois mois dans un pays à goître des Alpes-Maritimes. En étudiant les conditions étiologiques dans lesquelles se développe cette affection dans la contrée en question, nous sommes arrivé à cette conclusion que la cause prédisposante du goître était la gène de la circulation, la stase veineuse dans le corps thyroïde par suite de la position que prennent les habitants pendant leurs travaux, et des efforts qu'ils sont obligés de faire ; la cause déterminante une infection parasitaire, qui se cantonne dans le corps thyroïde devenu par le ralentissement de sa circulation un lieu de moindre résistance.

Dans deux observations que nous citons, le goître a débuté avec les allures d'une maladie infectieuse, d'une thyroïdite aigue à la suite de laquelle la glande a continué à grossir lentement.

VII. — Lymphangites et suppurations des bourses séreuses *Revue médicale de l'Est*, 1er novembre 1891.

Il s'agit de quatre cas de lymphangites à marche un peu spéciale. Des traînées inflammatoires parties, dans deux cas, d'engelures siégeant au niveau des orteils, sont allées converger vers la bourse séreuse prérotulienne, et ont provoqué sa suppuration ; dans un troisième cas, la lymphangite consécutive à un panaris s'est terminée par un abcès de la bourse olécranienne, enfin dans le quatrième cas, des traînées de lymphangite parties d'ulcérations situées sur la partie interne des genoux ont provoqué la suppuration des bourses sous-ischiatiques.

Nous avons essayé de mettre en lumière ce fait que, dans toutes ces observations les traînées de lymphangite se sont comportées vis-à-vis des bourses séreuses, comme elles ont coutume de le faire avec les ganglions lymphatiques. L'inflammation s'est propagée directement vers les bourses séreuses, comme si les lymphatiques s'y jetaient à plein canal, a produit leur suppuration, et semble y avoir épuisé son action.

VIII. — **Des tumeurs non congénitales du sacrum, en particulier des sarcomes.** *Revue médicale de l'Est*, 1891, p. 723 et 752.

Les tumeurs non congénitales du sacrum sont très rares ; les sarcomes primitifs de cet os, en particulier, sont exceptionnels. A l'occasion d'un cas que nous avons pu observer, nous avons recherché les cas analogues et essayé de décrire la marche de cette affection. Les conclusions auxquelles nous sommes arrivé peuvent se résumer de la façon suivante :

Il existe au sacrum des tumeurs primitives, sarcomes à petites cellules en général, à forme hématique ; elles atteignent de préférence le sexe féminin ; 5 fois sur 7 cas. L'âge n'offre rien de particulier, il oscille entre 30 et 50 ans. Ces sarcomes hématiques simulent d'une façon parfaite des kystes sanguins simples, et l'erreur a été commise ; une observation de Reuling porte même le titre de *kyste sanguin à la place du sacrum.*

L'évolution de ces tumeurs se fait en un temps qui varie de six mois à plusieurs années, à partir du jour où les premiers symptômes se sont montrés.

Ces symptômes consistent par ordre chronologique en : douleurs sacro-coccygiennes d'intensité variable ; douleur à la pression sur toute l'étendue de la colonne vertébrale, constipation opiniâtre ; trouble de la miction ; troubles de la menstruation, et finalement troubles trophiques et moteurs dans les membres inférieurs ; enfin apparaissent les signes physiques de la tumeur qui tantôt est pelvienne, tantôt proémine à la face externe et postérieure du sacrum.

On peut, après un diagnostic précoce, arriver à opérer avec succès ces tumeurs par la résection partielle du sacrum, avant que leur extension les ait mises au-dessus des ressources de la chirurgie (Volkmann, Thiriar). Volkmann réséqua la moitié gauche du sacrum, qui contenait la tumeur, jusqu'au niveau du 2e trou sacré. La malade guérit sans conserver de troubles de la défécation, de la miction, ou de la motilité.

Sur 7 cas, l'opération a été pratiquée 3 fois, 2 fois avec un succès complet. Dans le 3e cas, l'opération est restée incomplète, mais elle eut pu être achevée si la malade ne s'était soustraite à une seconde intervention (Heydenreich).

IX. — **Des études médicales en Allemagne**. *Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1890.

Nous avons décrit dans ce travail le fonctionnement administratif et scientifique des facultés de médecine allemande, en prenant comme exemple la Faculté de Strasbourg dont nous avons fait partie pendant une année. Nous montrions alors déjà le profit que retireraient les élèves d'un stage permanent et obligatoire dans une maternité, stage analogue à celui qui existe en Allemagne, ce qui leur permettrait de faire au moins un accouchement et empêcherait des médecins de quitter la Faculté pour la pratique, sans avoir ni fait, ni vu un accouchement.

Toutes nos publications ont été inspirées ou encouragées par notre cher maître, M. le professeur Heydenreich, à qui nous sommes heureux de rendre ici un public hommage, ainsi qu'à tous nos maîtres de la Faculté de Nancy.